

Data.....

Pieczętka Oferenta

Załącznik 4

### Ankieta dla oferenta

**Program opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe:**

**M o d u l I – wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika:**

#### Dane o ofercie

1. Nazwa i adres jednostki składającej ofertę.
2. Imię, nazwisko i kwalifikacje kierownika poradni.
  - specjalizacja,
  - kwalifikacje,
  - przeszkolenie w zakresie genetyki klinicznej nowotworów,
  - staż zawodowy,
  - staż w zakresie poradnictwa Kierownika Poradni.
3. Imię i nazwisko i kwalifikacje lekarzy konsultantów – genetyka klinicznego i onkologa.

#### Dane o działalności poradni

Lp.		
1.	Liczba porad ogółem <b>oraz</b> średnio miesięcznie w roku 2009	
2.	Liczba probantów skierowanych w ostatnim roku do molekularnych badań nosicielstwa <i>BRCA1</i>	
3.	Liczba zarejestrowanych rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika	
4.	Liczba nosicielek mutacji genu BRCA1, wykrytych w latach 2006 - 2009	
5.	Liczba nosicielek mutacji genu BRCA1, które były objęte programem opieki w roku 2009	
6.	Czy placówka posiada możliwość wykonania badania piersi metodą rezonansu magnetycznego?	

## Dane o jednostkach współpracujących

Lp.		
1.	- nazwa współpracującej pracowni diagnostyki molekularnej, - imię i nazwisko kierownika, - liczba badań nosicielstwa mutacji genu <i>BRCA1</i> wykonanych w roku 2009	
2.	- nazwa i adres współpracującego zakładu diagnostyki obrazowej, - imię i nazwisko kierownika; - liczba badań mammograficznych i USG (ogółem) wykonanych w roku 2009 - Czy zakład posiada certyfikat kontroli jakości w badaniach mammograficznych?	
3.	współpraca z ginekologiem: nazwa i adres jednostki, wyposażenie do badań (USG przezpochwowe, USG dopplerowska)	
4.	nazwa i adres jednostki, w której wykonywane będą badania piersi metodą rezonansu magnetycznego (opcja nie obligatoryjna - dla poradni posiadających możliwości zapewnienia tego badania)	
5.	nazwa i adres placówki do której będą kierowani chorzy, u których rozpoznano raka piersi i jajnika w badaniach objętych programem	
6.	liczba pierwszorazowych chorych na raka piersi i raka jajnika leczonych w ostatnim roku w placówce	

### Oświadczenie, że zgłaszający ofertę:

- a. zobowiązuje się do koordynowania poradnictwa, badań molekularnych i badań ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów w grupach wysokiego ryzyka w swojej placówce....., podpis Dyrektora
  
- b. zorganizuje (będzie dalej prowadził) regionalny rejestr rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych....., podpis Dyrektora

- c. będzie kierował do badań nosicielstwa mutacji jedynie probantów poinformowanych o ograniczeniach i ewentualnych negatywnych psychologicznych konsekwencjach takiego badania, którzy potwierdzili swoją wolę poddania się temu badaniu na piśmie; probant powinien określić kto poza nim może być poinformowany o wyniku badania....., podpis Dyrektora
- d. włączy do programów opieki zdrowych członków rodzin wysokiego ryzyka na podstawie ich pisemnego zgłoszenia....., podpis Dyrektora
- e. zapoznał się z treścią ogłoszenia....., podpis Dyrektora
- f. oświadczenie o spełnieniu przez oferenta kryteriów dla realizatorów *Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, określonych w module nr 1 - Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika.* podpis Dyrektora

Pieczętka firmowa Oferenta

Data i podpis Dyrektora ZOZ